

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° 143

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme de l'Université)

PAR

CONSTANTIN GAROPHALIDÈS

Né le 27 Février 1895, à Dardanelles

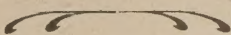
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CONSULTATIONS DE NOURRISSONS

(Clinique TARNIER, 1924-1925)

Président : M. BRINDEAU, Professeur.



PARIS

SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION

44, Rue de Lisbonne, 44

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

I. — Le Doyen : M. ROGER

Professeurs :	MM.		MM.
Anatomie	NICOLAS	Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO	Clinique des maladies des enf.	NOBÉCOURT
Physiologie	CH. RICHET	Clinique des maladies ment. et des maladies de l'encép.	CLAUDE
Chimie organ. et chimie gén.	DESGREZ	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Bactériologie	BEZANÇON	Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT	Clinique des maladies infect.	TEISSIER
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ	— chirurgicale	DEL BET
Pathologie médicale	SICARD	— urologique	HARTMANN
— chirurgicale	LECÈNE	— d'accouchements	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE	— gynécologique	GOSSET
Histologie	PRENANT	— thérapeutique méd.	LEGUEU
Pharmacologie et mat. méd.	RICHAUD	— oto-rhino-laryngolog.	COUVELAIRE
Thérapeutique	CARNOT	— thérapeutique chirur.	BRINDEAU
Hygiène	LÉON BERNARD	— propédeutique	JEANNIN
Médecine légale	BALTHAZARD		JEAN-LOUIS FA
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR		VAQUEZ
Pathologie expériment. et comp.	ROGER		SEBILLEAU
	GILBERT		DUVAL
	CHAUFFARD		SERGENT
Clinique médicale	ACHARD		
	WIDAL		

II. — Agrégés en exercice :

MM.	BUSQUET	FOIX	LEMIERRE	PHILIBERT
ABRAMI	CADÉMAT	GARNIER	LÉVY-SOLAL	RIBIERRE
ALGLAVE	CHAMPY	HARVIER	LHERMITTE	RICHET Fils
AUBERTIN	CHIRAY	HEITZ-BOYER	LIAN	ROUVIÈRE
BASSET	CLERC	HOVELACQUE	MATHIEU	TANON
BAUDOIN	DEBRÉ	JOYEUX	METZGER	TIFFENEAU
BINET	I. DE JONG	HENRI LABBÉ	MOCOUDOT	VAUDESCAL
BLANCHETIÈRE	DUVOIR	LARDENNOIS	MONDOR	VERNE
BRANCA	ÉCALE	LE LORIER	MOURE	VILLARET
BRULÉ	FIESSINGER	LEMAITRE	MULON	WELTER

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.				
CAMUS	GOUGEROT	GUÉNIOT	RETTERRER	ROUSSY

IV. — Agrégés chargés de cours de Clinique à titre permanent

MM.				
AUVRAY	LEREBoullet	LOEPER	PROUST	SCHWARTZ
CHEVASSU	LÉRI	OMBRÉDANNE	RATHERY	TERRIEN
LAIGNEL-LAVASTINE				

V. — Chargés de cours

MM.			
MAUCLAIRE, agrégé	FREY	N...	LEDoux-LEBAR

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
PAPA BASILE GAROPHALIDÈS
ICONOMO

ET A MA MÈRE

En bien faible témoignage de
vive affection et de profonde
reconnaissance.

A MON FRÈRE GERMANOS

Gage de sincère affection et de
reconnaissance infinie pour les
sacrifices qu'il a faits pour
moi.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

ET GYNÉCOLOGIQUE DE TARNIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de ma respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR VAUDESCAL

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE PARIS

ACCOUCHEUR A LA CLINIQUE TARNIER

En gage de ma profonde gratitude.

A MON CHER AMI

LE DOCTEUR NICHAS MICHEL

AVANT-PROPOS

En remerciant tous nos professeurs et maîtres de la Faculté de Médecine de Paris, nous tenons beaucoup à remercier notre maître, M. le Professeur Brindeau, de l'accueil qu'il a bien voulu nous accorder depuis trois ans dans son service de la Clinique Tarnier, ainsi que de l'inspiration de notre sujet.

Quoique ce sujet fût bien mieux traité par quelques-uns de nos prédécesseurs, nous avons accepté de l'étudier, parce que beaucoup de nos compatriotes sont loin d'avoir compris l'utilité absolue de la consultation de nourrissons. Aussi nous nous proposons de passer en revue ce qui a été écrit sur ce sujet pour aboutir à notre statistique de la Consultation de la Clinique Tarnier pendant l'année 1924-1925. On ne nous en voudra pas certainement d'insister particulièrement sur le procédé de l'élevage de l'enfant et sur les dangers de la suralimentation, etc., qui sont magistralement exposés dans les *Traité*s *Spéciaux d'Allaitement* (Marfan), etc. Nous l'avons fait en prévoyant les réponses qui peuvent être faites par les pays tel que le nôtre où presque toutes les mères allai-

tent leurs enfants. Nous diviserons donc notre sujet en quatre parties :

1° Introduction où nous revisons le problème social de la mortalité infantile.

2° Consultation de nourrissons vue dans l'ensemble.

3° Consultation de la Clinique Tarnier avec notre statistique 1924-1925.

4° Conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION

« Il semble que tous les fléaux, tous les périls qui pèsent sur l'humanité se donnent tout d'abord rendez-vous autour de l'enfant, et que celui-ci doive, pour conquérir le droit à la vie, triompher lui, être chétif, débile, faible et presque inorganisé, de toutes les chances de la mort. La science sollicite impérieusement les pouvoirs publics parce qu'elle s'appuie sur des méthodes précises. Il faut créer sur tout le territoire, des petites chaires d'enseignement intime, il faut apprendre aux mères la Maternité (Waldeck-Rousseau). »

« Pour conserver sa force et son génie, un pays doit engendrer, disait M. le Professeur Pinard. Le vrai péril national est de disparaître faute d'enfants. »

Ce défaut d'enfants, cette dépopulation, autrement dit, réunit depuis assez longtemps, sur un même terrain, les préoccupations et les discussions des accoucheurs, des médecins, des hygiénistes et des politiciens. Relè-

vement du taux de la natalité qui va en diminuant de plus en plus, diminution de la mortalité infantile, voilà les deux façons différentes sous lesquelles a été toujours posé le problème. Il est évident que d'après la statistique du docteur Jacques Bertillon, la natalité diminue de plus en plus; de 1904-1909 : 418.479 naissances ont été enregistrées en France pendant le semestre de l'année 1904 et 398.710 seulement pendant la période correspondante de 1909. Une diminution de 19.769 naissances en 1909 sur le nombre des naissances de l'année 1904 est manifeste. Il est incontestable que de tous les côtés des efforts ont été réalisés contre ce péril; mais nous n'essaierons pas d'entrer dans la discussion, ni dans les détails, ni dans les résultats de ce problème complexe qui nous entraîneraient bien au-delà de notre sujet.

Dans la suite de notre exposé nous parlerons de la mortalité infantile pour nous permettre d'entrer dans le vif de notre sujet.

MORTALITÉ INFANTILE

Il y a quelques années encore, la mortalité infantile dépassait le sixième de la mortalité générale. En France, le nombre des décès des enfants, de zéro à un an, atteignait en moyenne 134.434 par année (Paul Bar, Brindeau, etc., *La pratique de l'art aux accouchements*). Cette proportion était plus élevée que celle qui représen-

tait les décès des vieillards de quatre-vingts à quatre-vingt-dix ans. Mais en empruntant les nouvelles statistiques de 1913-1921 (*thèse de Paris*, M^{lle} Labeaume), nous constatons que malgré tous les efforts réalisés depuis, sur dix nés vivants, il en meurt un pendant les douze premiers mois.

	NAISSANCES	DÉCÈS DE 1 JOUR A 1 AN	MORTALITÉ
1913	746.014	83.883	11,2 %
1919	403.479	49.492	12,32 %
1920	834.000	83.000	9,95 %
1921	813.000	94.000	11,56 %

En cherchant la cause de cette mortalité et en fouillant les statistiques, on trouve, d'après les chiffres fournis par le Ministère du Commerce et reproduits par Budin, que la mortalité annuelle pour 1.000 enfants de chaque groupe d'âge est de :

- 202 pour 1.000 de un jour à un an;
- 20,8 pour 1.000 de un an à quatre ans;
- 4,6 pour 1.000 de quatre ans à neuf ans.

Il est donc évident que l'enfant de un jour à un an court les plus grands risques. Pour préciser la cause de cette mortalité infantile de un jour à un an, Budin donne une statistique éloquente : Pendant une même semaine, il est mort 30 enfants élevés au sein, 255 élevés artificiellement, 222 de causes diverses, 147 par affections pulmonaires, 171 de débilité congénitale, 50 de maladies contagieuses et 25 de tuberculose.

Balestre et Gilletta de Saint-Joseph, de leur côté, en précisant la cause, ont montré que sur 1.000 morts d'enfants de zéro à un an, 384,70 relèvent de la gastro-entérite. C'est donc là la cause la plus fréquente de mortalité de zéro à un an. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes. L'obligation s'impose donc de remédier à cette hécatombe. Et, puisqu'il est démontré que c'est le tube digestif qui en est cause dans l'immense majorité des cas, quels sont donc les moyens de lutte autres que ceux employés en hygiène alimentaire, qui puissent être mis en action contre ce fléau de l'humanité?

L'éducation de la mère est un des meilleurs moyens prophylactiques pour la défense de l'enfant.

« Le but à atteindre pour diminuer la mortalité infantile est, avant tout, d'apprendre aux femmes leur rôle d'éleveuse d'enfants. » (Maygrier.)

L'enseignement scolaire ou post-scolaire devrait apprendre aux futures mères les éléments les plus importants pour les préparer à leur rôle de nourrices. « La femme accouchée, devenue nourrice, ou qui, par manque de lait, a recours à l'allaitement mixte ou artificiel, n'a pas la science infuse. Il y a des notions essentielles qu'elle doit posséder pour les mettre en pratique; pour les posséder, il faut les apprendre. C'est par l'instruction des mères qu'on arrive à sauver quantités de petits êtres. » (Lanelongue, *Lig. c. la mort. inf.* 1911.)

Cette instruction de la mère doit être donnée et perfectionnée aux Consultations des nourrissons.

DEUXIÈME PARTIE

HISTORIQUE DE LA CONSULTATION DES NOURRISSONS

Dans le but d'encourager les mères à allaiter leurs enfants, le professeur Hergot a fondé, à Nancy, en 1890, l'Œuvre de la maternité.

« Les femmes, dit-il, qui ont accouché à la Maternité, reviennent un mois après leurs sorties; on pèse leur enfant, on compare son poids avec celui qu'il avait un mois auparavant et on donne à la mère une gratification variable suivant l'augmentation obtenue, et la manière dont l'enfant est soigné, suivant aussi le nombre d'enfants que chaque mère de famille a déjà. Ainsi encouragées, les femmes viennent de plus en plus nombreuses accoucher à la Maternité, et non seulement leur nombre a très notablement augmenté depuis dix ans, mais encore le nombre de celles qui allaitent leurs enfants est aussi plus considérable. Cette gratification fait plus que de

venir en aide à la mère, elle sauve son enfant en favorisant chez la femme l'éclosion de ses sentiments maternels.»

La première consultation des nourrissons fut créée en 1892 par M. le professeur Budin, dans son service à l'hôpital de la Charité. Après lui, le docteur Variot, médecin des Hôpitaux, a joint en 1893, au dispensaire de Belleville qu'il avait fondé lui-même, une consultation dans laquelle il distribuait du lait stérilisé du commerce. Puis, en 1896, le docteur Henri Rotschild a annexé à son dispensaire de la rue Picpus, dans le faubourg Saint-Antoine, une consultation des nourrissons.

M. le professeur Budin, d'autre part, en 1895, créa une nouvelle consultation de nourrissons à la Maternité, puis, en 1898, une autre à la Clinique Tarnier. Celle de l'hôpital Tenon fut créée par le docteur Boissard la même année.

En présence des merveilleux résultats qu'ont donnés ces consultations des nourrissons, beaucoup d'autres ont été immédiatement créées, de telle sorte qu'en 1905, M. le professeur Budin disait qu'on pouvait déjà compter 189 consultations.

Et l'on ne s'est pas arrêté là, d'autres se sont fondées ces dernières années et d'autres sont en voie d'organisation.

Le principe des consultations pour les enfants protégés, avec pesée et examen deux fois par semaine, était voté par le Comité supérieur de la protection des enfants

du premier âge, en 1903. On peut donc dire que c'était là la première étape vers la consultation officielle.

Sur la proposition d'un des membres de la réunion d'Arras, le lendemain de cette réunion, le Conseil général du Pas-de-Calais décidait à l'unanimité d'imprimer la conférence du professeur Budin et de l'adresser à tous les maires et médecins du département, d'inviter les municipalités à établir des consultations de nourrissons sous le patronage de comités de dames constitués au chef-lieu de chaque arrondissement pour subventionner et encourager les consultations, et distribuer du lait stérilisé.

A l'étranger, des consultations furent fondées à Bruxelles (1897), à Liège (1902), à Florence, puis à Naples (1900), à Rome (1905), à Genève (1901), à Lausanne (1902), à Budapest (1902), à Madrid (1904), en Allemagne (1905), en Angleterre (1906). (*Thèse de M^{lle} Labeaume, 1924.*)

ROLE DE LA CONSULTATION DES NOURRISSONS

Encourager, surveiller, aider de tous les moyens possibles l'allaitement seul rationnel, aider les mères désireuses de bien faire, est le noble but des consultations des nourrissons créées par M. le professeur Budin.

« Chaque semaine, les femmes qui sont accouchées dans notre service, disait-il (*Bul. Acad. méd.*, 1899, t. I, p. 194), et qui élèvent chez elles leur enfant, nous l'apportent le vendredi matin. Cet enfant est examiné et pesé. Sur un registre spécial, nous inscrivons son poids et les renseignements qui le concernent; nous pouvons, de la sorte, établir facilement sa courbe. C'est l'allaitement au sein que nous encourageons de toutes nos forces, et nous utilisons tout le lait que la mère est capable de fournir; nous avons vu quelques femmes qui, médiocres laitières au début, devenaient plus tard d'excellentes nourrices.

« Dans les cas où l'allaitement au sein est manifestement insuffisant, nous prescrivons une quantité variable de lait stérilisé que la mère vient ou envoie chercher chaque matin. Parfois même, la femme n'ayant pas de lait du tout ou après en avoir eu n'en ayant plus, son

enfant ne boit que du lait stérilisé. Au lieu d'abandonner à elles-mêmes des mères désireuses de bien faire, mais ignorantes et pauvres, il nous semble préférable de les surveiller, de les diriger, de les aider. Cette consultation devient une véritable école des mères, car, si l'on soigne les bébés, on consulte aussi les mamans, leur donnant une ligne de conduite à suivre, tant pour le présent que pour l'avenir. »

En effet, surveiller, diriger et aider les mères désireuses de bien faire, mais ignorantes et pauvres, doit être la noble tâche du médecin de consultations. Il vaut mieux prévenir que guérir.

Encourager, surveiller, aider de tous les moyens possibles l'allaitement maternel, seul rationnel, est avant tout la raison d'être de ces consultations. On encourage les mères par la parole, par les exemples, même pécuniairement si c'est possible.

Le lait de la-nourrice ne saurait remplacer celui de la mère, non pas par la qualité, mais la façon dont il est administré, car l'enfant n'a pas seulement besoin de lait, il réclame des soins que seule une mère peut donner. Personne ne peut remplacer la mère auprès de son enfant. Ces consultations ont pour but de faciliter aux mères de famille de la classe laborieuse l'accomplissement de leur devoir maternel en leur donnant la possibilité de ne pas se séparer de leurs enfants.

Encourager et aider dans la mesure du possible par la distribution des médicaments et d'aliments dont l'ac-

tion physiologique est peut-être discutable, mais dont l'effet moral est certain.

Lorsque le médecin se trouve devant une mère qui a sevré son nouveau-né depuis quelques jours, il fera comprendre à cette femme les dangers que court son enfant, il montrera la bonne santé des autres enfants élevés au sein, lui montrera les difficultés de l'allaitement artificiel dans la mesure possible, lui conseillera de le remettre au sein et ainsi on évitera les dangers de l'allaitement au biberon.

On a coutume de dire que lorsque l'allaitement au sein est impossible, le rôle du médecin consiste à donner à la mère les conseils et du lait stérilisé. Il est évident que ces conseils bien suivis permettront peut-être à la mère d'élever ainsi son enfant. Mais est-ce permis que la tâche du médecin soit considérée terminée ? Non, loin de là.

Cette mère est destinée plus ou moins à avoir dans la suite des enfants. Il faut qu'elle soit prévenue et convaincue que l'allaitement maternel présente des avantages.

Répandre les connaissances nécessaires, redresser les erreurs et combattre les préjugés est le rôle du médecin.

ALLAITEMENT AU SEIN

L'observation clinique nous a montré que les enfants nourris au sein, soit de leurs mères, soit d'une nourrice

mercenaire, ne présentent pas de troubles digestifs et, s'ils en présentent, ils sont ordinairement très légers. Tandis que c'est le contraire pour les enfants au biberon. Chez eux, les troubles sont très fréquents, très sérieux et même mortels. La mère doit allaiter son enfant à moins d'empêchement majeur. Il est très fréquent d'entendre les mères dire, soit par ignorance, soit par indifférence, qu'elles n'ont pas de lait.

Or, en empruntant les chiffres donnés par le docteur Mesnil pour la clinique Tarnier, 1903 (*Thèse*, de Paris, 1903), nous constatons que 86,2 % des mères pouvaient donner une quantité suffisante de lait à leur sortie, 9,4 des mères pouvaient donner une quantité insuffisante de lait à leur sortie et 4,2 des mères ne pouvaient pas donner de lait.

En 1922, à la clinique Baudelocque, suivant la thèse de Roger faite en 1924, le mercredi à 9 heures, le lundi et le vendredi à 14 heures, ont été présentés 1.155 enfants dont 1.170 à l'allaitement au sein et 84 ont été nourris au lait de vache.

En 1923, à la même clinique, suivant la thèse de Demelin, aux mêmes jours et heures, ont été présentés 935 nourrissons dont 861 ont été élevés au sein et 74 nourris au lait de vache.

Tout en nous réservant de parler longuement, dans un chapitre ultérieur, des résultats de nos statistiques faites dans la clinique Tarnier, nous ne pouvons pas nous empêcher de dire, dès à présent, qu'actuellement

88 % des mères sont capables de nourrir suffisamment leurs nourrissons, 5 % sont des nourrices insuffisantes et 6,7 % complètement incapables de nourrir. Si dans notre statistique figure l'allaitement artificiel, cela est dû à ce que certaines mères ne prennent pas en considération les conseils donnés et amènent leurs enfants après le deuxième mois, déjà sevrés.

Or, les mères sont physiquement capables de nourrir, sauf de rares exceptions. Car toutes les femmes, d'après les lois naturelles, devraient avoir du lait et presque toutes en ont.

Il est devenu classique de dire que « toute mère non malade doit allaiter son enfant ». Mais la réalisation de cet axiome présente des difficultés telles qu'il a pu mettre en désaccord l'esprit des médecins.

Il y a eu des personnes et parmi celles-là, malheureusement, on peut citer le nom des médecins assez compétents comme celui du docteur Brunon qui, influencés par la misère dans laquelle certaines mères vivent, et les exigences du travail professionnel, disent : « Il y aurait cruauté, il y a impossibilité à faire nourrir une femme dans ces conditions. » Et plus bas, avec un ton ironique : « Et vous croyez qu'en présence d'une mère amenant son enfant malade, je vais faire un discours à cette femme sur l'immortel principe de l'allaitement maternel ? Mais cette femme me dirait des injures ! Elle me traiterait de médecin de Molière ! Ce qu'il lui faut : c'est soigner son enfant. » Il est incontestable qu'en présence

d'une lamentable situation pareille, le médecin fera tout pour sauver cet enfant presque assassiné par sa mère.

Mais en sauvant l'enfant, chose qui est peu probable, est-il permis que la tâche du médecin soit considérée terminée?

N'oublions pas qu'il vaut mieux prévenir que de guérir !

N'oublions pas que cette mère est destinée à élever d'autres enfants à l'avenir. Pourquoi ne pas tâcher de redresser les erreurs, pourquoi s'interdire de répandre les vérités, de convaincre cette mère que si elle avait élevé son enfant au sein, elle aurait évité tous ces ennuis et le risque de perdre son enfant.

Quelle autre belle leçon pourrait-on donner à une mère désireuse de bien faire que de la convaincre par les faits que c'est un art de nourrir les enfants au biberon, et un art difficile, plus difficile que l'allaitement maternel qu'elle croyait autrefois pénible.

Ainsi, nous verrons beaucoup de mères revenir à l'allaitement maternel et à l'exemple de celles-là, l'allaitement maternel se généraliser. Il est hors de doutes qu'assez souvent notre tâche restera infructueuse chez des femmes auxquelles les exigences sociales ne le permettent pas. Mais en empêchant ainsi que l'allaitement artificiel, sans raison, devienne la mode, nous remédions à l'insuffisance de la sécrétion mammaire que nous rencontrons aujourd'hui sans cause et qui est due en grande

partie à ce que, dans certaines familles, depuis plusieurs générations, l'habitude de l'allaitement est perdue.

En somme, quoique cette noble tâche du médecin présente des difficultés au point de vue social, n'en est-il pas moins vrai qu'elle a une grande influence sur les mères désireuses de bien faire, mais ignorantes.

En effet, en jetant un coup d'œil sur les observations publiées par M. Charles Flour (*Thèse*, Paris, 1906), nous constatons que sur une première statistique de 139 nourrissons, figurent 40,7 % d'allaitements artificiels.

Les mères de ces 139 nourrissons lui avaient amené dans la suite 168 enfants. Or, parmi ces 168 enfants, l'allaitement artificiel figure dans la proportion de 6,5 %.

Dans sa deuxième statistique, nous remarquons que seulement 53 mères n'ont pas pris en considération les conseils donnés ayant amené leurs enfants après le deuxième mois.

Mais là encore, nous constatons que l'allaitement exclusif au sein a perdu du terrain en faveur de l'allaitement mixte, et que l'artificiel n'a guère varié.

Mais est-ce que dans les pays où l'allaitement maternel est la règle, la consultation des nourrissons devient inutile?

Certes, nous aurons la réponse par les mères et grand-mères des enfants : Bien sûr ! pourquoi toutes ces histoires, pourquoi amener mon enfant à la consultation du moment qu'il n'est pas malade et que je le nourris bien au sein ? De notre temps, on ne faisait pas tant

d'histoire, nous sommes bien élevés et nous n'étions jamais malades. Sans doute, ces grand'mères ont raison de le dire; elles vivent encore et ont résisté; mais combien, parmi leur âge, ont succombé pendant leur enfance? Elles ne le pensent pas. Certes, d'autres nous diront que pour nous convaincre que l'allaitement maternel est inutile, qu'il suffit de nous rappeler que les femmes de la campagne et les femmes des peuplades sauvages, en suivant leur instinct, comme les femelles des animaux, allaitent leurs petits sans suivre aucune règle.

Mais il faut se demander combien le nombre des vies aurait été plus grand si on avait pu venir en aide à leur instinct par la raison scientifique?

Comment régler les tétées. — Conduite à tenir.

« Il ne suffit pas d'assurer au nouveau-né le lait maternel, c'est-à-dire le meilleur des aliments, il faut encore le lui donner en observant certaines règles. Distribuer d'une manière irrationnelle la plus parfaite des nourritures, peut devenir nuisible; même chez un nourrisson élevé au sein de sa mère, une mauvaise direction de l'allaitement peut déterminer des troubles digestifs. » (Marfan. *L'Allaitement*.) « Il faut donc régler le nombre et l'intervalle des repas; il faut aussi régler la manière dont on donne chaque repas. »

Il est habituel de voir des mères ignorantes suivre

l'instinct de l'enfant et lui donner la mamelle à la moindre sollicitation sans autre règle que le caprice exprimé par les cris de l'enfant.

J. Grange, dans une étude publiée dans le *Journal des connaissances médicales*, le 20 février 1879, voulant justifier et donner une explication à cette habitude, dit que la quantité et la composition du lait de femme variant d'un moment à l'autre, nous n'avons pas d'autre moyen pratique d'estimer la valeur nutritive d'une tétée que l'instinct de l'enfant.

Or, l'observation clinique nous prouve qu'il est de toute importance pour la santé de l'enfant, même de la mère, de ne pas donner à téter à son enfant instinctivement à tout moment, dès qu'il crie la faim. Le fait de régler les tétées d'une manière régulière n'a jamais rendu un enfant malade, tandis que ceux qui sont mal réglés présentent assez fréquemment des troubles gastriques, bien entendu beaucoup moins fréquents que ceux élevés au biberon.

« C'est une habitude fâcheuse (1), de mettre l'enfant au sein pour l'empêcher de crier, et il est facile de corriger les nourrissons capricieux ou gourmands qui crient à tout propos et ne sont calmés que par la mise au sein. »

La règle qu'on doit tenir pour l'intervalle des tétées a été l'objet d'études et de discussions innombrables de la part des différents auteurs; les uns disent qu'on doit

• (1) *Traité d'Allaitement*. Marfan.

donner quatre tétées et les autres qu'on doit donner à l'enfant dix tétées dans les 24 heures.

Considérant que ces discussions ne présentent pas un grand intérêt, nous n'y insisterons pas beaucoup.

Il paraît d'ailleurs qu'à l'heure actuelle tous les accoucheurs et pédiâtres, en France du moins, se basant sur des constatations cliniques, sont d'accord qu'on doit accepter deux heures et demie comme intervalle moyen des repas pendant les cinq ou six premiers mois, et trois heures pendant les mois suivants, alors que l'enfant prend chaque fois une quantité plus grande de nourriture. En effet, quoique l'estomac d'un enfant nourri au sein et bien portant se vide environ une heure quarante-cinq minutes après la tétée; cet estomac a besoin d'un temps plus long pour se reposer et pouvoir se désinfecter pendant la période de vacuité, grâce à l'acide chlorhydrique libre qui n'est plus neutralisé par la caséine et les phosphates du lait. D'autre part, cet acide chlorhydrique libre, d'après les notions physiologiques, passe dans le duodénum et stimule la sécrétion de la bile et du suc pancréatique.

Ainsi s'expliqueraient les troubles fréquents que présentent les enfants dont les tétées sont très rapprochées.

De la même façon, dans un autre sens, peuvent s'expliquer les vomissements et la diarrhée des enfants soumis à quatre tétées par jour, qui sont dus à ce que, à chaque tétée, l'enfant est obligé d'avalier une quantité considérable de lait pour suffire à ses besoins, quantité

qui est supérieure à la capacité de l'estomac du nourrisson.

« On ne doit pas se hâter de donner la première tétée : il faut laisser reposer la mère après l'accouchement, le nouveau-né dort de son côté et il peut fort bien attendre jusqu'au lendemain pour prendre le sein; le lait monte ordinairement dans les seins deux ou trois jours après l'accouchement.

« Le nourrisson n'a besoin de rien le premier jour. Si la montée du lait se faisait un peu attendre, on donnerait quelques cuillerées à café d'eau bouillie légèrement sucrée ou un peu de lait stérilisé coupé de moitié d'eau bouillie. » (Projet d'instruction aux mères pour allaiter leurs enfants, élaboré au nom de la sous-commission des crèches, docteur Variot, rapporteur.)

Pendant les premiers mois, l'enfant doit être mis au sein environ toutes les deux heures et demie, la première tétée ayant lieu vers 7 heures du matin et la dernière vers 10 heures du soir, ce qui fait sept tétées dans les 24 heures.

Vers le quatrième mois, tout en gardant comme heure de la première tétée 7 heures du matin et comme dernière 11 heures du soir, nous devons espacer les tétées de 2 h. $\frac{3}{4}$ et, de la sorte, vers le sixième mois, on arrive à espacer les tétées et mettre l'enfant au sein toutes les trois heures; en somme, six à sept tétées en 24 heures, puisque la première tétée est donnée à sept heures du matin et la dernière à onze heures du soir.

Ainsi, nous arrivons à réduire la fatigue de la mère en la laissant tranquille la nuit et, d'autre part, l'enfant prend l'habitude de dormir de onze heures du soir à sept heures du matin.

La durée de la tétée ne doit pas dépasser dix à quinze minutes. Lorsqu'est venue l'heure du repas, il faut réveiller l'enfant s'il dort. Ne pas mettre l'enfant au sein pour l'empêcher de crier, s'il crie à une heure qui n'est pas une heure de repas.

Sauf le cas d'insuffisance de la sécrétion lactée, et sauf les premiers jours pendant lesquels l'enfant doit être mis aux deux seins à chaque tétée, en général lorsque la sécrétion lactée est régulièrement établie, on a l'habitude de ne lui donner qu'un seul sein par tétée. On alternera toujours entre le sein droit et le sein gauche. Il faut prendre la précaution de faire coucher l'enfant, après chaque tétée, alternativement, du côté droit et du côté gauche. La quantité qu'un enfant doit prendre varie suivant l'âge et le poids du nourrisson.

« Il y a toujours avantage à nourrir un enfant avec la plus petite quantité de lait possible. Tant qu'un enfant continue à progresser avec une certaine quantité de lait, on se gardera bien d'augmenter cette dose (1). »

D'après Comby, la quantité de lait prise normalement à chaque tétée par le nourrisson doit être :

(1) Maygricr, Jeanin, Bar, Brindeau. *L'art de pratiquer l'accouchement*.

	Par tétée	Par jour
1 ^{er} jour	3-4 grammes	20- 30 grammes
2 ^e jour	15 —	120-150 —
3 ^e jour	40 —	360-400 —
4 ^e jour	50 —	400-500 —
15 ^e jour	60 —	500-600 —

Grâce à la balance, on se rend compte de ce que l'enfant prend au sein à chaque repas en le pesant avant et après chaque tétée.

Maygrier et Jeanin, dans le traité de MM. Bar et Brindeau, etc., l'Art de pratiquer les accouchements, ont publié le tableau que nous reproduisons plus bas, indiquant la quantité de lait que doit prendre l'enfant. Ce tableau est le résultat de la réunion des chiffres publiés par Bouchaud, Tarnier et Chantreuil, Segond, Pfeiffer, Maurel, Budin, Marfan, Barbier.

AGE	NOMBRE DES TÉTÉES	INTERVALLES DES TÉTÉES	QUANTITÉ DE LAIT PAR TÉTÉES	QUANTITÉ DE LAIT PAR 24 H.
Fin du 1 ^{er} mois	7 — 8	2 h. 1/2	70 — 75	600
— 2 ^e —	7 — 8	2 h. 1/2	70 — 80	600 — 750
— 3 ^e —	7 — 8	2 h. 1/2	70 — 80	650 — 750
— 4 ^e —	7 — 8	2 h. 1/2	80 — 90	750 — 850
— 5 ^e —	7 — 8	2 h. 1/2	90 — 100	800 — 850
— 6 ^e —	6 — 7	3 heures	110 — 120	800 — 850
— 7 ^e —	6 — 7	3 heures	120 — 130	850 — 900
— 8 ^e —	6 — 7	3 heures	120 — 130	850 — 900
— 9 ^e —	6 — 7	3 heures	120 — 140	900 — 950

On doit donner aux enfants, tous les jours, un bain de 35 degrés, d'une durée de trois minutes, avant le deuxième repas, et savonner la tête en terminant, et ensuite le poudrer avec de la poudre de talc.

En observant un enfant cliniquement, on peut très facilement se rendre compte s'il profite bien.

L'enfant nourri au sein doit avoir bonne mine, être gai, bien éveillé, le regard vif et le teint frais, la peau douce et marbrée, les tissus fermes. Il dort presque sans cesse dans l'intervalle des tétées. Il doit uriner abondamment, les selles doivent être abondantes, homogènes et non granuleuses ou caillebotées. (Marfan.)

Pour se rendre compte si un enfant prospère bien, on doit le peser régulièrement tous les jours s'il est possible et comparer ses courbes graphiques.

En général, un enfant qui gagne en poids régulièrement doit être considéré comme un enfant bien portant.

Un enfant bien portant devra gagner, en poids, les trois premiers mois, 25 grammes; de 3 à 6 mois, 20 grammes par jour; de 7 à 9 mois, 15 grammes par jour et de 10 à 12 mois, 10 grammes par jour.

L'enfant doit peser le double de son poids de naissance à l'âge de six mois et le triple à l'âge de douze mois.

Le premier mois l'enfant grandit de 4 centimètres, le deuxième, de 5 centimètres; le troisième, de 2 centimètres; puis de 1 centimètre vers la fin de la première année.

La mère nourrice doit s'abstenir de boire de la bière, du café, des liqueurs spiritueuses et en général tout ce qui peut contenir de l'alcool. Car l'étude et les expériences faites par M. Nicloux. (Passage de l'alcool ingéré dans le lait, etc. Obstétrique, Mars 1900, Maurice Nicloux) ont levé tous les doutes et démontré que l'alcool ingéré s'élimine par la glande mammaire.

D'ailleurs, très fréquemment en clinique, nous constatons que les enfants des mères alcooliques présentent des troubles digestifs et des accidents nerveux très graves pour les nourrissons.

L'élimination de certaines substances médicamenteuses (1), telle que l'iode, le mercure, l'arsenic, étant interprétée de différentes façons par des auteurs divers, ainsi que le prouvent leurs expériences et constatations, nous ne pouvons pas actuellement avoir une idée définitive sur la vérité.

Quoi qu'il en soit, en général, il ne faut pas tenir compte de ce passage des médicaments pour traiter un enfant surtout syphilitique. Il faut que l'administration des médicaments à la nourrice soit mesurée et surveillée.

Ainsi, d'après les expériences de Lauderer, la quinine passe dans le lait et lui donne un goût amer.

Après lui, Burdel a montré que la quinine s'élimine 3 heures après l'ingestion et conseille, soit de vider la mamelle 3 heures après l'ingestion de la quinine, afin

(1) *L'allaitement*. Marfan.

que l'enfant ne puisse pas en absorber ou mieux encore administrer la quinine aux repas.

Malgré les expériences de M. Nicloux, sur la chèvre, qui ont montré que le chloroforme et l'éther inhalés par la nourrice peuvent s'éliminer par le lait, la plupart des accoucheurs sont d'accord que le lait des femmes qui accouchent sous le chloroforme n'est modifié d'aucune façon.

Il est évident que les analyses chimique et clinique se trouvent en contradiction. Troubles provoqués par des substances chimiques absorbées par la nourrice ne concordent pas avec l'absence de ces substances dans le lait sécrété. Ainsi un bon exemple : l'alcool qui, quoique chimiquement et expérimentalement ne se trouve pas toujours éliminé par la glande mammaire, provoque fréquemment des troubles gastriques et des accidents nerveux graves chez les nourrissons des femmes alcooliques.

DANGERS DE LA SURALIMENTATION

Contrairement à une opinion trop répandue, surtout à la campagne, qu'il vaut mieux donner le sein *de trop* qu'insuffisamment, la suralimentation peut avoir de très mauvaises conséquences à *savoir* même la mort.

Aussi nous insisterons davantage sur les dangers de la suralimentation que sur les conséquences fâcheuses de la sous-alimentation.

Les troubles qu'elle présente, s'ils sont plus bénins que ceux de l'allaitement artificiel, sont tellement graves qu'il faut de longs jours de traitement pour les voir cesser.

D'une simple indigestion aiguë due à une suralimentation passagère accidentelle, jusqu'à la suralimentation habituelle, il y a toute une série d'intermédiaires.

Les enfants mal réglés qui sont mis au sein toutes les fois qu'ils pleurent peuvent absorber des quantités énormes de lait. Mais il peut arriver que des enfants réglés à heure fixe, peuvent avaler 100 grammes et plus de lait en quelques minutes. La balance fera tous les frais du diagnostic. Si on ne savait pas les mauvaises conséquences de la suralimentation, on aurait pu se réjouir de voir les enfants suralimentés, accroître leur poids journalle-

ment de 60, 70, 80 grammes par jour et plus. Parallèlement à cet accroissement considérable du poids de l'enfant, ses selles augmentent de fréquence et d'abondance, ainsi que ses urines. L'enfant présente à la fin de chaque tétée des régurgitations qui diffèrent des régurgitations physiologiques ou accidentelles, qui ne se produisent que sous l'influence d'un mouvement brusque. « Régurgitations habituelles, hoquet, excès de bave : ces trois symptômes indiquent que l'enfant est très bien nourri, trop bien nourri et que sa limite de tolérance est sur le point d'être atteinte. » (Marfan, Allait.).

Sauf les cas rares où l'amélioration spontanée est possible, à cause de la grande capacité digestive qu'acquiert l'enfant en grandissant, en général, si le médecin n'intervient pas aussi précocement et énergiquement que possible, voilà comment s'évolue l'état de l'enfant :

La courbe de poids, après une ou deux semaines, devient stationnaire, puis s'abaisse parfois aussi vite qu'elle était montée.

Au bout d'un certain temps, des troubles digestifs s'installent, caractérisés par des cris fréquents et de l'insomnie. La diarrhée survient, présentant des selles fétides et acides de couleur verdâtre, s'accompagnant d'une température qui peut atteindre souvent un degré assez élevé, mais ne dépassant jamais 39°.

L'acidité produit une éruption qui se généralise vers les organes génitaux, les plis inguinaux et les cuisses.

En plus, cet érythème est rebelle à toute thérapeutique locale.

Les vomissements ne tardent pas à remplacer les régurgitations et les cris incessants qui empêchent l'enfant de dormir ne sont que l'indice des souffrances provoquées par les coliques.

L'eczéma des nourrissons, caractérisé par des croûtes spéciales qui recouvrent la face et la tête ne sont pas rares chez les enfants suralimentés. En maigrissant de plus en plus l'enfant peut mourir du fait de la diarrhée ou l'état athrepsique qui en est la conséquence.

Pour remédier à cette situation lamentable, le médecin ayant comme guide, la balance, se rend compte de ce que l'enfant prend au sein à chaque tétée, réduit au strict minimum cette quantité et si les accidents persistent, fait analyser le lait de la mère.

En cas des troubles inquiétants on recourt à la diète hydrique absolue pendant un ou deux jours et ensuite en commençant par de très faibles quantités de lait on revient progressivement à la dose nécessaire pour l'accroissement de l'enfant.

Quoique la suralimentation au sein puisse présenter des troubles assez sérieux, il n'en est pas moins vrai que ces troubles sont généralement plus légers et plus facilement guérissables que ceux de l'allaitement artificiel qui sont sérieux et tenaces.

LES CONSÉQUENCES FÂCHEUSES DE LA SOUS-ALIMENTATION

Amaigrissement apparent, avec dessiccation relative, arrêt de la croissance en poids, diminution du panicule adipeux, chairs flasques, grande fontanelle déprimée avec chevauchement des os du crâne, anémie sans signes précis de maladie et sans cachexie véritable sont les préludes d'une sous-alimentation manifeste.

L'autre extrême est caractérisé par une cachexie qui présente une grande analogie avec l'athrepsie de Parrot.

D'ailleurs, chez l'enfant nourri au sein, on n'observe guère l'athrepsie et par conséquent habituellement la sous-alimentation revêt relativement une forme plus bénigne que celle des enfants nourris artificiellement.

Sans troubles digestifs, sans souffrance, sans vomissements, sans fièvre, sans diarrhée, le tout accompagné d'une constipation, présentant des selles sèches, brunâtres, le visage pâle, amaigri, mais l'œil vif, la peau flasque, les membres grêles, les chairs molles. Après un abaissement du poids, sa courbe graphique devient horizontale, montrant que le poids reste stationnaire comme si l'organisme de l'enfant s'était adapté à la sous-alimentation. Une hypothermie oscillante autour de $36^{\circ}5$, est très fréquente chez les sous-alimentés.

Il est très remarquable de voir comment les enfants nourris au sein supportent mieux la sous-alimentation

que ceux nourris au biberon, qui aboutissent très facilement à l'athrepsie. M. le Professeur Marfan, dans son traité d'Allaitement cite « qu'il n'a observé jusqu'ici que deux cas de dénutrition excessive par sous-alimentation chez les enfants au sein ».

En faisant prendre à l'enfant le plus de lait possible de sa mère, sous le contrôle d'une balance, et même si on échoue en instituant l'allaitement mixte, on arrive très facilement à remédier à cet état de choses.

ALLAITEMENT MIXTE

Comme toute règle a ses exceptions, ainsi qu'ici lorsque nous répétons que toutes les femmes, d'après les lois naturelles, devraient avoir du lait et presque toutes en ont, nous n'osons pas méconnaître qu'un certain nombre de mères n'ont pas assez de lait dès le début, ou que, sous l'influence de la misère, de l'épuisement ou de la menstruation qui se rétablit, la lactation diminue plus tard. C'est là alors l'indication de l'allaitement mixte, grâce auquel beaucoup de mères peuvent nourrir aujourd'hui leurs enfants.

D'une part, *compléter* ne veut pas dire sevrer l'enfant. D'autre part, insister sans méthode pour l'allaitement maternel, c'est encourager l'allaitement artificiel. Actuellement il est très possible de donner un lait non dangereux pour compléter la sécrétion lactée insuffisante.

Il vaut mieux soutenir l'allaitement mixte pour soulager et encourager les nourrices maigres et fatiguées et voir aussi augmenter le nombre des nourrissons élevés au sein. Si malheureusement, chez certaines de ces femmes, la sécrétion lactée diminue, chez d'autres, cet aide apporté par le lait de vache peut être supprimé lorsque la sécrétion de la mère redevient abondante et ainsi on peut retourner à l'allaitement au sein exclusif.

« M. le Professeur Budin cite dans la *Revue Scientifique*, 15 juin 1901, une observation d'une primipare qui accoucha chez une sage-femme agrégée, le 3 avril 1900, d'un enfant débile. Justement à cause de cette débilité, l'enfant ne pouvait téter et sous les conseils de la sage-femme l'enfant fut confié à une nourrice au sein. Lorsque la mère, inquiète, écrivit au maire du pays pour savoir si la nourrice qu'elle avait choisie donnait bien le sein, elle reçut comme réponse que cette femme était accouchée depuis un an et qu'elle n'avait été autorisée à prendre qu'un enfant au biberon. Comme conséquences, la mère prenait son bébé pâle, faible, ayant des garde-robes verdâtres et, revenue à Paris, l'amenait à la consultation le 7 mai, c'est-à-dire trente-quatre jours après sa naissance. M. Budin essaya dans son service « de faire revenir le lait dans les seins de la mère; pour cela on la fit téter par un gros enfant. Le 7 et le 8 mai, il ne put rien faire sortir. Le 9 et le 10 mai, il prit 5 grammes. Le 11 mai, il prit 35 grammes. Le 12, il prit 70 grammes. Le 13, la mère donna au gros enfant et aussi au sien pro-

pre; elle fournit 145 grammes. Le 14, elle donna 185 grammes; le 15, 275 grammes; le 16, 360 grammes; le 17, 460 grammes; le 18, 595 grammes. Elle partit alors nourrissant seule son enfant. Le 15 juin, elle le ramena à la consultation et il pesait 3.110 grammes .»

L'insuffisance de la sécrétion mammaire est due dans certains cas à ce que, depuis plusieurs générations, dans certaines familles l'habitude d'allaitement est perdue. Il est évident qu'on peut très facilement remédier à ce type d'insuffisance. Quant à l'insuffisance de la sécrétion lactée, due à des raisons très variables et bien justifiées, nous en reparlerons dans la suite de notre exposé sous le chapitre « l'allaitement artificiel ».

ALLAITEMENT ARTIFICIEL

« Les grandes voix qui se sont élevées pour signaler la plaie sociale qui n'est que l'allaitement artificiel n'ont pas pu triompher de l'égoïsme des riches, de la cupidité ou de la misère des pauvres, des préjugés de tous. » (L'Allait. Marfan.)

Malheureusement, soit par ignorance, soit par indifférence ou égoïsme ou par effet de la misère, par les exigences du travail professionnel, ou encore pour des causes pathologiques, ou des malformations des mamelons, soit des infections mammaires, il n'est pas toujours possible qu'un enfant profite du lait de sa mère. Et alors, malgré que tout le monde soit d'accord avec le Professeur Pinard, que nous devons soutenir le droit de l'enfant à sa mère, assez souvent nous avons la main forcée pour recourir à l'allaitement artificiel.

Il ne faut jamais perdre de vue que l'insuffisance de la sécrétion mammaire, que nous rencontrons aujourd'hui si fréquemment sans cause, est due en grande partie à ce que dans certaines familles depuis plusieurs générations l'habitude d'allaiter est perdue. En installant l'al-

laitement mixte nous pouvons remédier à cet état de choses.

Nombreuses sont les recherches qui ont été faites au sujet de l'allaitement artificiel.

Les modifications du lait de vache, pour lui rendre sa composition le plus proche possible de celle du lait de femme ou plutôt plus facile à digérer par les jeunes enfants, nous ont conduit aux différents types de lait modifié : lait humanisé, lait condensé, poudre de lait, babeurre, etc.

Actuellement, tout au moins pour les enfants normaux, à défaut de lait d'ânesse ou de lait humanisé qui coûtent horriblement cher, on a recours au lait de vache ordinaire bien stérilisé et coupé d'eau. Il aurait été mieux de donner le lait cru pour ne pas lui priver ses vitamines, mais il est incontestable que la stérilisation qui le débarrasse d'une flore microbienne terrifiante est une précieuse ressource.

On stérilise le lait à domicile par chauffage au bain-marie pendant trois quarts d'heure, au moyen de l'appareil de Soxhlet-Budin. A défaut de cet appareil on peut obtenir la stérilisation du lait par l'ébullition pendant 10 à 15 minutes.

Il est incontestable que la découverte de Pasteur et de Duclaux a occasionné de grands progrès dans l'allaitement artificiel.

La mortalité infantile paraît être diminuée là où les nourrissons sont surveillés suivant les règles édictées par

la loi Roussel et là où l'on fait bénéficier des perfections apportées de nos jours à l'allaitement artificiel.

Mais malgré tout, l'allaitement artificiel continue à être pis-aller surtout dans les premiers mois de la vie. Si la stérilisation a enlevé à ce mode d'allaitement une partie de ses dangers, elle est loin d'avoir simplifié le problème, au contraire elle l'a rendu plus complexe. Alors, au lieu de nous chanter la gloire des progrès modernes de l'allaitement artificiel, puisque en Norvège et en Irlande, où presque toutes les femmes allaitent, la mortalité est plus faible (elle est inférieure à 10 %) et les enfants sont robustes, et qu'en Allemagne et en Autriche, où l'allaitement maternel est le plus abandonné, la mortalité infantile est de 25 %; tâchons de lutter contre cette plaie sociale (1), tâchons de chercher les causes réelles qui occasionnent cet allaitement artificiel.

Et nous verrons qu'à côté des cas justifiés, nous trouverons des mères de la classe riche qui n'allaitent pas pour ne pas renoncer à leur vie de distractions, de réceptions et de soirées. D'autres n'allaitent pas pour ne pas perdre leur beauté.

Rien n'est plus simple que d'apprendre à cette catégorie de mères que les Géorgiennes, les plus belles femmes du monde, allaitent tous leurs enfants sans exception et que par conséquent l'allaitement ne nuit ni à la beauté, ni à la santé (2). Faisons-leur peur en leur di-

(1-2) *L'allaitement.* Marfan.

sant la vérité, qu'au contraire, le cancer du sein est plus fréquent chez les femmes qui n'ont jamais allaité. Et malgré tout, à côté de ces cas injustifiés et des cas provenant simplement de l'ignorance des mères, le plus souvent la mère de la classe pauvre ne nourrit pas son enfant par nécessité professionnelle.

C'est là la grosse lacune au point de vue social !

DEUX MOTS SUR LA CONDUITE A TENIR DANS L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Quoique nous n'ayons pas la prétention de faire de notre thèse un traité d'allaitement, tout en reconnaissant qu'élever un enfant sans le secours du sein est un art et un art difficile, exigeant des connaissances multiples, nous ne pouvons pas nous empêcher d'essayer de dire deux mots sur la conduite à tenir.

Il ne suffit pas de dire aux mères qu'elles doivent stériliser le lait destiné à leurs enfants. Il faut leur apprendre.

Des prescriptions détaillées et imprimées, distribuées aux mères diront qu'elles doivent nourrir leurs enfants au biberon, devront leur apprendre que pour avoir un lait vraiment stérilisé on doit se munir d'un récipient assez grand ayant un coucercle et pouvant contenir autant de biberons que l'enfant fera de repas; broser soigneusement les biberons avec de l'eau chaude et les bien

égoutter. Après avoir mis la quantité nécessaire d'eau, suivant l'âge de l'enfant, et ajouté une cuillerée à café de sucre en poudre, on doit fermer ensuite les flacons avec des bouchons de caoutchouc du commerce destiné à cet usage.

Remplir le récipient d'eau de telle sorte qu'en mettant les biberons dans ce récipient on égale ou on dépasse légèrement le niveau du lait dans les biberons.

L'ébullition doit durer trois quarts d'heure à partir du moment où la vapeur s'échappe sous le couvercle. Au moment de la tétée, remplacer le bouchon de caoutchouc par la tétine qui doit-être de préférence en caoutchouc rouge.

Tout de suite après la tétée, le nettoyage des biberons et des tétines s'impose. Ainsi, après les avoir bien nettoyés, on les trempe dans de l'eau bouillie propre où elles restent jusqu'au lendemain.

La quantité de l'eau du coupage du lait est en raison inverse de l'âge de l'enfant. M. le Professeur Marfan (De l'allait. artif.), estime que le coupage du lait doit se faire de la façon suivante : dans les premiers jours, le lait sera coupé de moitié. Du cinquième jour au sixième mois, on donnera deux parties de lait et une partie d'eau. A partir du sixième mois on peu donner du lait pur. M. le Professeur Marfan, pour remédier à l'appauvrissement en beurre et en sucre, qui résulte du coupage, estime qu'on doit, jusqu'au sixième mois, donner : lait, deux parties + eau lactosée, 10 %, une partie. A partir du

sixième mois, tout en donnant du lait pur on additionnera 2 % de lactose. Ainsi en stérilisant et en coupant le lait nous donnons à l'enfant un lait moins dangereux qu'autrefois, de sorte que Lesage pouvait déjà dire en 1894 que « là où le lait stéril est employé que les maladies digestives étaient rares ou manquaient totalement et que la mortalité des enfants élevés au biberon de 80 % qu'il était en 1882 depuis l'emploi du lait stérilisé est tombée à 12 % en 1894. »

RÉSULTATS DE LA CONSULTATION DES NOURRISSONS

Si on cherche à savoir quelle était la mortalité infantile avant la création de consultations des nourrissons, comme nous l'avons exposé assez longuement dans notre chapitre d'introduction, en relevant les statistiques officielles, on constate que d'après le Docteur Jacques Bertillon, la mortalité des enfants de zéro à un an, habitant à Paris, a été avant la création des consultations de 1886 à 1890 de 21 %.

En outre en 1898, sur 51.620 naissances, à Paris, pendant la même année, 7.089 enfants restés dans la capitale y ont succombé de 1 jour à 1 an, c'est-à-dire de 12 %.

De ces enfants morts, 3.200 ont été emportés par la diarrhée.

606 étaient nourris au sein;
2.262 « « au biberon;

pour 333 le mode d'allaitement était inconnu.

Ce qui fait une proportion de 20,7 % de mortalité des enfants nourris au sein et 78,5 % pour les enfants élevés au biberon.

De ce qui précède, il est bien démontré que la mor-

talité est due en grande partie à la gastro-entérite et cette gastro-entérite est due à la mauvaise régularisation de l'allaitement, et surtout de l'allaitement artificiel.

Or, nous croyons avoir assez insisté sur ce fait que la raison d'être de la consultation est de soutenir et d'encourager l'allaitement au sein et d'instruire la mère sur la manière d'élever son enfant.

Ainsi, il est très simple de comprendre que les consultations, qui ont été dirigées dans ce sens, ont fait répandre l'allaitement au sein et diminuer ainsi la mortalité infantile.

De la sorte, dès le début, le créateur des consultations, M. le professeur Budin annonçait à l'Académie de médecine, 1899, tome I, page 194, que 60 % des enfants de sa consultations étaient allaités au sein, puisque sur 79 enfants que comptait au début sa consultation, les 48 étaient nourris au sein; 12 enfants avaient présenté des troubles digestifs dont 3 cas sérieux. Mais la mortalité était de zéro. Parallèlement la même année, en ville, pendant cette période, du 7 août au 3 septembre, 833 enfants étaient enlevés par la diarrhée.

D'autre part, en juin, août, septembre 1899, suivant la thèse de Hosteing, 1910, à la clinique Tarnier, ont été présentés 65 enfants dont 40 nourris au sein exclusif, soit une proportion de 61,5 %, 22 élevés à l'allaitement mixte et 3 nourris au biberon.

La morbidité par troubles digestifs étant de 14, ce

qui fait une proportion de 21,5 %, la mortalité était de zéro.

Pendant ces 4 mois, à Paris, sur 2.840 naissances sont morts 1.362, dont 1.226 enfants morts étaient élevés au biberon, soit 431,7 0/00, et le reste 136 enfants morts étaient élevés au sein, soit une proportion de 47,8 0/00.

De mars 1898 à janvier 1904 (Budin et Planchon, Acad. de Méd., 5 janv. 1904), la consultation à la clinique Tarnier a été fréquentée par 717 enfants pendant un mois au moins et vingt-quatre mois au plus. Sur ce nombre, 26 seulement sont morts, soit une proportion de 36 0/00.

A Paris, pendant cette période, c'est-à-dire 1898, 1899, 1900, sur 113.805 enfants, il y a eu 20.282 décès de 0 à 1 an, c'est-à-dire la mortalité atteint la proportion de 178 0/00.

En comparant les chiffres de la consultation des nourrissons de la clinique Tarnier à ceux de la ville, nous constatons que la mortalité de la clinique étant de 36 0/00, celle de la ville est de 178 0/00; et que la mortalité infantile par affection du tube digestif étant pour Paris de 69 0/00 pour les enfants élevés au sein et artificiellement, à la consultation des nourrissons de la clinique Tarnier elle est égale à zéro.

La mortalité par affection pulmonaire a été dans la ville de Paris de 32 0/00; à la clinique, elle a été de 17 0/00. Deux ans plus tard, en 1906, M. le professeur Budin, avec juste raison, disait à l'Académie de médecine.

cine (*Bul. Ac. méd.*, 1906, t. I, p. 655), qu'on pouvait se demander si réellement la réduction de la mortalité infantile était due à l'existence des consultations de nourrissons. Or, il le prouvait en montrant que dans onze autres villes où les consultations n'avaient pas été établies, la mortalité pour les enfants de zéro à un an s'était, au contraire, trouvée plus élevée en 1904 qu'en 1898. Il se trouvait en état de pouvoir annoncer qu'en présence de ces résultats, 118 consultations étaient déjà fondées en 1905, ce qui fait le total de 189 consultations et que d'autres étaient en voie d'organisation.

Parallèlement, M. le professeur Maygrier, de son côté, publiait en juin 1904, dans l'« Obstétrique », un article intitulé : « Six ans de pratique d'une consultation hospitalière des nourrissons », pour nous donner le résultat de sa consultation des nourrissons.

Du 1^{er} mars 1898 au 1^{er} mars 1904, la consultation de nourrissons de la Charité, dit-il, a été suivie par 800 enfants, dont 734 enfants ont eu de leurs mères tout le lait qu'elles ont pu leur fournir, soit une proportion de 91 %, et 66 femmes n'ont jamais pu donner le sein pour cause de maladies, malformation de sein ou d'agalactie, etc., et leurs enfants ont été nourris dès leur naissance avec du lait stérilisé, soit 8,2 %.

Suivant la thèse d'Alexandre intitulée « Consultation et goutte de lait d'Arques » (*Thèse*, Paris, 1907-1908), la consultation d'Arques est fondée en 1902 et la mortalité infantile qui était de 19,1 % de 1877 à 1907, lors de la

fondation de la consultation des nourrissons est tombée à 12,6 % de 1903 à 1907.

Dans l'Yonne « en neuf ans, de 1904 à 1912, dans les communes où existaient des consultations de nourrissons, la mortalité de zéro à un an tombe de 11,6 % à 8 % ». (Marois.)

L'année dernière, en 1924, deux thèses qui ont été faites à la clinique Baudelocque, dans le but de décrire le travail, en général, qui a été fait dans cette clinique entre autres, nous montrent que l'allaitement au sein occupe la première place dans l'élevage des enfants. Celle de M. Démelin donne les chiffres suivants :

Sur 935 enfants présentés à la consultation, 861 étaient allaités au sein et 74 au lait de vache.

Celle de Roger Géant nous apprend, qu'en 1922, sur 1.155 enfants qui étaient présentés à la consultation, 1.170 étaient allaités au sein et 84 au lait de vache.

Or, les constatations que nous avons faites dans la consultation de la clinique Tarnier pendant l'année 1924-1925, ainsi qu'elles seront exposées avec toutes les précisions et détails indispensables, ne sont pas trop éloignées de constatations faites antérieurement puisque sur 731 enfants consultés, 644 ont pu profiter du lait dont leurs mères pouvaient disposer, soit une proportion de 88 %; les 38 enfants étaient nourris à l'allaitement mixte, soit 5 %, et 49 d'emblée au biberon pour causes diverses, soit 6,7 %.

Il est donc certain que les résultats obtenus dans les

dix premières années continuent à rester toujours les mêmes.

Elles ont fait et elles continuent à faire tout ce qui leur est permis. L'insuffisance trop fréquente des efforts des médecins est reconnue par tous ceux qui se sont occupés des questions relatives aux consultations de nourrissons.

Secourue ou non, la mère nécessiteuse, pauvre et plongée dans la misère, élèvera son enfant ou l'abandonnera, ou, sinon, elle le sacrifiera en le mettant au biberon.

Entre autres, c'est au service social que nous nous adressons pour lui demander de tâcher de diminuer dans la mesure du possible, cette proportion d'allaitement artificiel de 6,7 %, aussi minime qu'elle paraît. En nous réservant de sacrifier un chapitre spécial ultérieurement à propos de l'œuvre sociale, nous passerons tout de suite au troisième chapitre de notre sujet : « La consultation des nourrissons à la clinique Tarnier ».

TROISIÈME PARTIE

LE FONCTIONNEMENT DE LA CONSULTATION DE NOURRISSONS A LA CLINIQUE TARNIER

La consultation de nourrissons à la clinique Tarnier fut créée par M. le professeur Budin, en mars 1898.

Au début, le 9 juin, elle comprenait 79 enfants. Le jour de consultation était fixé le vendredi.

En juin, juillet, août, septembre 1899, la consultation à la clinique Tarnier (*Thèse*, Hosteing, 1910), a été suivie par 65 enfants, dont 40 étaient nourris au sein, 25 à l'allaitement mixte et 3 artificiellement.

De 1898 à 1904 (Budin, Planchon, *Ac. méd.*, 5 janv. 1904), ont été présentés 717 enfants, c'est-à-dire pendant une période de 6 années. Tandis qu'aujourd'hui, autant d'enfants (731), suivent la consultation depuis deux années seulement.

Mais en laissant de côté le point de vue historique, nous passerons à l'état actuel du fonctionnement de la

consultation de nourrissons annexée à la clinique Tarnier.

Elle est dirigée depuis 4 ans par M. le professeur Brindeau. A chaque mère ayant accouché à la clinique, au moment de sa sortie de la clinique on donne un petit carton rouge sur lequel sont marqués les jours et les heures des consultations. Les mères peuvent choisir entre le lundi et le jeudi matin et le samedi après-midi leur jour de consultation.

La consultation faite le lundi par M^{lle} Labeaume, chef de la clinique Tarnier commence à 9 heures du matin; celle de jeudi, faite par M. , commence à 10 heures et celle de samedi, faite par M. le docteur Planchon, à 2 heures de l'après-midi.

De cette consultation peuvent profiter non seulement les mères qui ont accouché dans le service, mais toutes les mères sans distinction. Chaque enfant est pesé et mesuré. Sur des cartons spéciaux, on inscrit la courbe du poids et de la taille, le poids moyen par jour, le mode d'allaitement et, en général, tous les renseignements qui les concernent.

Le rôle de cette consultation étant comme il devrait l'être, comme nous l'avons indiqué dans un chapitre précédent, ne nous retiendra pas plus longtemps.

Du 1^{er} avril 1924 au 1^{er} mars 1925, à la consultation des nourrissons de la clinique Tarnier, ont été présentés 731 enfants dont 644 ont pu utiliser tout le lait que leur

mère pouvait leur fournir, 38 ont été mis d'emblée à l'allaitement mixte pour insuffisance ou autres raisons, et 49 au lait stérilisé, soit pour cause de maladie, soit pour une autre raison.

En faisant un pourcentage, nous voyons que 88 % ont pu profiter du lait que leur mère a pu fournir et que 5 % ont été mis à l'allaitement mixte pour des causes diverses, et 6,7 % au lait stérilisé. (Tableau n° 3.)

Voulant préciser les causes de cette proportion relativement très élevée de l'allaitement artificiel (6,7 %), nous sommes amenés à constater que si, parmi ces 49 enfants nourris au biberon, il y en a qui le sont pour des causes justiciables (comme abcès du sein (10), pour tuberculose de la mère (5), pour cardiopathies maternelles (4), pour opérations césariennes (3), pour métrorragie (1), pour déchirure du périnée (1), pour hypertrophie énorme et bilatérale du sein [1]), les autres 24 ont été privés de l'allaitement au sein, soit que leur mère fût obligée de travailler, soit du fait de leur fatigue ou de leurs faiblesses, soit de l'insuffisance de la sécrétion lactée. Cette dernière s'explique par le fait que beaucoup de familles ont perdu l'habitude de nourrir. Contre ces derniers faits on peut lutter, comme nous l'avons exposé antérieurement. Mais malheureusement à côté de ces cas plus ou moins justifiables qui peuvent même forcer l'esprit du médecin de conseiller l'allaitement artificiel, malheureusement je répète il existe encore des mères qui, sous les conseils seuls de leur voisine ou même sans l'avis de personne,

mettent tout de suite leurs enfants au biberon et ne viennent consulter que lorsque leur enfant est malade ou lorsqu'il est déjà sevré depuis 3 mois ou plus. Ainsi, pour plus de précision, nous avons relevé que 6 femmes n'ont amené leurs enfants sevrés déjà qu'après le premier mois, 8 autres que deux mois après l'avoir sevré, 5 autres 3 mois après.

D... G..., enfant, pesant 3.080 grammes à sa naissance, a été sevrée d'emblée sans cause et amenée à la consultation qu'après le quatrième mois.

G... P..., pesant à sa naissance 2.120 grammes, également sevré depuis le premier mois, n'a commencé à suivre la consultation qu'après le quatrième mois de sa naissance.

B..., suivant la consultation depuis le mois de janvier, âgé de 6 mois, a été mis d'emblée au biberon par la mère et n'a été consulté que le cinquième mois.

Mais, est-ce que toutes les femmes qui privent leurs enfants de leur sein, sans raison, le font par mauvaise volonté?

Certes, non; à côté de ces cas, la plupart tient aux exigences du travail professionnel et à la misère, aux causes pathologiques, telles que nous les avons indiquées précédemment.

Mais ce qui est pour le triomphe de la consultation, c'est qu'un certain nombre de mères sont amenées à sevrer leur enfant ou à compléter leur lait, le croyant insuffisant.

Nous rapportons trois observations qui sont assez intéressantes à ce sujet.

B... Odette, enfant, pesant à sa naissance 2.880 grammes et aujourd'hui 4.400 grammes, a été mise à l'allaitement mixte par la mère ignorante et croyant qu'elle n'avait pas assez de lait.

Pourtant, cette femme ayant consulté heureusement assez tôt, nous a fait la-surprise de nous faire constater que non seulement elle était capable de nourrir son enfant sans le compléter, mais encore qu'elle aurait pu nourrir peut-être encore deux enfants. Il est inutile de dire que cette mère a pu très facilement, sous les conseils médicaux, ramener son enfant à l'allaitement au sein exclusif.

J... Jean, pesant à sa naissance 3.550 grammes, mis par la mère, sans les conseils médicaux, dès le premier mois, à l'allaitement mixte, a été amené à la consultation par sa mère pour demander l'avis du médecin pour le sevrer. Pourtant, cette brave mère étant une bonne nourrice, a pu, sous les conseils médicaux, revenir progressivement à l'allaitement au sein exclusif. Les faits ne sont pas rares et on pourrait en citer de nombreuses observations.

Ainsi, s'il est incontestable que les résultats des consultations de nourrissons sont manifestement merveilleux, il ne faut pas tout attendre de cette consultation.

A côté des mères désirant de bien faire et de bonne volonté, mais ignorantes, il en existe d'autres qui, soit par

négligence; soit par indifférence, n'ont jamais pris l'initiative d'amener leurs enfants à la consultation, et sont forcées par le besoin de travailler, sans réfléchir aux dangers de se séparer de leurs enfants, de les envoyer en nourrice.

C'est ainsi que Georges Schreiber, avec juste raison (Nourrissons, 1924), estimant que la séparation de l'enfant et de la mère amène comme conséquence l'allaitement artificiel, proposait, à l'Académie de médecine, 12 juin 1923, une double mesure légale et sociale :

1° L'article 7 de la loi Roussel serait ainsi modifié :
Toute mère qui place un enfant en nourrice est tenue d'en faire la déclaration à la mairie quinze jours avant la séparation;

2° La création dans les villes de visiteuses de nourrissons dont le rôle serait de se rendre auprès des parents dès le début de la déclaration à la mairie pour leur expliquer les dangers, de tâcher d'apprendre avec toute la méthode nécessaire les motifs de cette lourde décision, et enfin d'envisager avec eux les moyens familiaux ou sociaux qui auraient pu empêcher cette séparation ou, au moins, la retarder pour qu'elle se fasse dans des conditions meilleures.

PROCÉDÉ DE NOTRE STATISTIQUE

En estimant que pour rendre des services une statistique doit être bien comprise, nous tâcherons en quelques

mots de donner quelques détails sur la méthode que nous avons suivie et préciser dans quel sens a été faite notre statistique.

Après avoir étudié notre sujet, nous avons voulu voir si les résultats de trois différents médecins étaient les mêmes. Or, pendant le dernier mois de notre travail, nous avons suivi encore de plus près cette consultation.

Nous avons demandé que chaque mère, après l'examen médical de son enfant, vînt nous donner les détails nécessaires sur le mode d'allaitement de l'enfant et son âge, détails que nous contrôlions en regardant les observations médicales enregistrées sur le carton de chaque enfant.

Sur un tableau spécial, nous écrivions les noms et les prénoms de chaque enfant, son poids, son âge, le mode d'allaitement qui avait été suivi et à partir de quel âge.

Sur chaque carton, nous mettions tout de suite nos initiales pour que le même enfant ne soit pas enregistré deux fois. De la sorte, nous avons pu savoir combien d'enfants consultés étaient nouveaux pour notre statistique et combien avaient consulté en tout à chaque consultation.

C'est ainsi que nous avons pu extraire, de ces tableaux bien détaillés que nous ne pouvons pas publier, le tableau n° 1 dont nous donnons les résultats détaillés plus bas.

A la fin, ayant constaté que presque tous les enfants qui venaient consulter étaient les mêmes, nous avons

CONSULTATION

DATE DE CHAQUE CONSULTATION pendant laquelle a été faite ma statistique	CONSULTES à chaque consultation	NOUVEAUX pour ma statistique	AGÉS D'AU MOINS UN MOIS				AGÉS D'AU MOINS D	
			Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein
29 Janvier, jeudi.	27	27	27	21	4	2	22	18
5 Février, jeudi.	36	30	30	27	3	0	25	20
12 Février, jeudi.	38	11	11	7	1	3	9	6
19 Février, jeudi.	30	8	8	8	0	0	6	6
TOTAL DES JEUDIS.	131	76	76	63	8	5	62	50

CONSULTATION

DATE PENDANT LAQUELLE a été faite ma statistique	CONSULTES à chaque consultation	NOUVEAUX pour ma statistique	AGÉS D'AU MOINS UN MOIS				AGÉS D'AU MOINS D	
			Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein
7 Février, samedi.	47	41	41	35	1	5	24	18
14 Février, samedi.	43	25	25	25	0	0	16	16
21 Février, samedi.	39	12	12	9	2	1	7	5
31 Janvier, samedi.	47	47	47	41	2	4	36	29
TOTAL DES SAMEDIS.	176	125	125	110	5	10	83	68

CONSULTATION

DATE A LAQUELLE a été faite ma statistique	CONSULTES à cette date	NOUVEAUX pour ma statistique	AGÉS D'AU MOINS UN MOIS				AGÉS D'AU MOINS D	
			Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein
2 Février, lundi.	32	32	32	28	2	2	31	25
9 Février, lundi.	29	23	23	21	2	0	14	10
16 Février, lundi.	21	15	15	11	0	4	10	7
23 Février, lundi.	27	19	19	18	1	0	15	13
TOTAL DES LUNDIS.	119	89	89	78	5	6	70	55

JEUDI

S	AGÈS D'AU MOINS SEPT MOIS				AGÈS D'AU MOINS HUIT MOIS				AGÈS D'AU MOINS DOUZE MOIS			
	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage
2	11	6	1	4	9	3	2	4	3	0	0	3
2	17	5	6	6	14	4	5	5	8	1	2	5
3	3	1	1	1	3	0	1	2	0	0	0	0
0	4	1	1	2	4	0	1	3	4	0	1	3
7	35	13	9	13	30	7	9	14	15	1		11

SAMEDI

S	AGÈS D'AU MOINS SEPT MOIS				AGÈS D'AU MOINS HUIT MOIS				AGÈS D'AU MOINS DOUZE MOIS			
	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage
6	10	6	2	2	7	1	3	3	6	0	2	4
0	8	6	0	2	4	4	0	0	3	1	1	1
1	3	2	0	1	3	2	0	1	3	0	0	3
5	21	17	2	2	16	11	3	2	11	2	6	3
2	42	31	4	9	30	18	6	6	23	3	9	11

LUNDI

S	AGÈS D'AU MOINS SEPT MOIS				AGÈS D'AU MOINS HUIT MOIS				AGÈS D'AU MOINS DOUZE MOIS			
	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage
3	17	10	5	2	14	9	5	0	6	0	0	6
1	7	4	2	1	7	3	3	1	3	1	1	1
3	3	1	1	1	3	0	1	2	2	0	1	1
0	9	6	1	2	8	4	2	2	3	0	1	2
7	36	24	9	6	32	16	11	5	14	1	3	10

TOTAL DES CONSULTATIONS

TOTAL DES CONSULTATIONS	CONSULTÉS de je. die, samedis et lundis et part	NOUVEAUX pour la statistique	AGÉS D'AU MOINS UN MOIS				AGÉS D'AU MOINS DE		
			Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	M
Total des jeudis	131	76	76	63	8	5	62	50	
Total des samedis	176	125	125	110	5	10	83	68	
Total des lundis	119	89	89	78	5	6	70	55	
TOTAL D'UN MOIS	426	290	290	251	18	21	215	173	
POURCENTAGE D'UN MOIS.	par cons. 142	par cons. 96	X, %	86 %	6,2 %	7,2 %	X, %	80 %	8

ENFANTS NON REVENUS A LA CONSULTATION

Dont 116 ne sont revenus depuis 1 mois (janv.) Dont 53 — — — 2 — (déc.) Dont 32 — — — 3 — (nov.)	AGÉS D'AU MOINS UN MOIS				AGÉS D'AU MOINS DE		
	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	M
TOTAL	201	171	9	21	156	123	
POURCENTAGE	X, %	85 %	4,5 %	10,4 %	X, %	78,8 %	8

ENFANTS NON REVENUS A LA CONSULTATION

Dont 115 ne sont pas revenus depuis 4 mois (oct.) Dont 90 — — — 5 — (sept.) Dont 28 — — — 6 — (août.) Dont 7 — — — 7 — (juil.)	AGÉS D'AU MOINS UN MOIS				AGÉS D'AU MOINS DE		
	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	M
	240	222	11	7	184	163	
	X, %	99,6 %	4,6 %	2,5 %	X, %	88,7 %	5

ITES PENDANT UN MOIS

AGÈS D'AU MOINS SEPT MOIS				AGÈS D'AU MOINS HUIT MOIS				AGÈS D'AU MOINS DOUZE MOIS			
Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage
35	13	9	13	30	7	9	14	15	1	3	11
42	31	4	9	30	18	6	6	23	3	9	11
36	21	9	6	32	16	11	5	14	1	3	10
113	65	22	28	92	41	26	25	52	5	15	32
X, %	57 %	19 %	24 %	X, %	44,5 %	28,2 %	27,1 %	X, %	9,6 %	29 %	61,7 %

PUIS MOINS DE QUATRE MOIS

AGÈS D'AU MOINS SEPT MOIS				AGÈS D'AU MOINS HUIT MOIS				AGÈS D'AU MOINS DOUZE MOIS			
Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage
66	23	15	28	58	14	9	35	42	1	1	40
X, %	34,8 %	22,7 %	42,4 %	X, %	23,8 %	15,5 %	60,4 %	X, %	2,4 %	2,4 %	95,2 %

PUIS PLUS DE QUATRE MOIS

AGÈS D'AU MOINS SEPT MOIS				AGÈS D'AU MOINS HUIT MOIS				AGÈS D'AU MOINS DOUZE MOIS			
Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage
65	32	14	19	56	16	11	29	43	3	3	37
X, %	49,2 %	21,5 %	29,2 %	X, %	28,4 %	19,8 %	51,8 %	X, %	6,9 %	6,9 %	85,7 %

TABLEAU

TOTAL GÉNÉRAL DE L'ÉTAT

	AGÉS D'AU MOINS UN MOIS				AGÉS D'AU MOINS DE		
	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	M
Total des consultations faites pendant un mois	290	251	18	21	215	173	
Enfants n'étant pas venus à la consultation depuis moins de quatre mois.	201	171	9	21	156	123	
Enfants n'étant pas venus à la consultation depuis plus de quatre mois.	240	222	11	7	184	163	
TOTAL GÉNÉRAL DE L'ÉTAT DES ENFANTS CONSULTÉS	731	644	38	49	555	459	
Pourcentage total des consultations faites pendant un mois.	X. %	86 %	6,2 %	7,2 %	X, %	80 %	8
Pourcentage total des enfants non revenus depuis moins de quatre mois.	X. %	85 %	4,2 %	10,4 %	X, %	78,8 %	8
Pourcentage des enfants non revenus depuis quatre mois.	X. %	92,6 %	4,6 %	2,5 %	X, %	88,7 %	5
POURCENTAGE GÉNÉRAL DES CONSULTÉS.	X, %	88 %	5, %	6,7 %	X, %	82,5 %	7

ENFANTS CONSULTÉS

AGÉS D'AU MOINS SEPT MOIS				AGÉS D'AU MOINS HUIT MOIS				AGÉS D'AU MOINS DOUZE MOIS			
Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage	Nombre	Sein	Mixte	Sevrage
113	65	22	28	92	41	26	25	52	5	15	32
66	23	15	28	58	14	9	35	42	1	1	40
65	32	14	19	56	16	11	29	43	3	3	37
244	120	51	75	206	71	46	89	137	9	19	109
X, %	57 %	19 %	24 %	X, %	44,5 %	28,1 %	27,1 %	X, %	9,5 %	29 %	61,7 %
X, %	34,8 %	27,7 %	42,4 %	X, %	23,8 %	15,5 %	60,4 %	X, %	2,4 %	2,4 %	95,2 %
X, %	49,2 %	21,5 %	29,2 %	X, %	28,4 %	19,8 %	51,8 %	X, %	6,9 %	6,9 %	55,7 %
X, %	47 %	22 %	31 %	X, %	32,5 %	24,3 %	46,5 %	X, %	6,5 %	13 %	80 %

continué notre statistique en relevant les résultats directement des observations des cartons en suivant la même méthode. Ainsi, nous avons extrait de ces tableaux encore très détaillés, que nous ne pouvons pas aussi publier, deux autres extraits de tableaux, le tableau n° 2 et le tableau n° 3.

Le tableau n° 2 est relatif aux enfants qui viennent presque régulièrement et qui n'ont pas été consultés depuis moins de quatre mois en opposition avec ceux qui n'ont pas été consultés depuis plus de quatre mois. Au début de ce tableau n° 2, nous rapportons aussi le total du tableau n° 1. Quant au tableau n° 3, il représente le total des deux autres tableaux en comparaison avec des pourcentages pour chaque groupe d'enfants.

Ainsi, le tableau n° 1 nous montre :

1° Qu'en moyenne 33 enfants ont été consultés à chaque consultation du jeudi dont, en moyenne, 9 étaient nouveaux pour notre statistique. Pendant les quatre jeudis d'un mois ont consulté 131 enfants dont 76 nouveaux.

Sur 76 enfants âgés de moins d'un mois, 63 étaient nourris au sein, 8 à l'allaitement mixte et 5 sevrés dès le début. Sur 62 enfants âgés d'au moins deux mois, 50 étaient élevés au sein, 5 à l'allaitement mixte et 7 sevrés. Sur 35 enfants âgés de 7 mois, 13 étaient au sein, 9 à l'allaitement mixte, 13 sevrés. Sur 30 enfants âgés d'au moins 8 mois, 7 étaient au sein, 9 à l'allaitement

mixte et 14, sevrés. Sur 15 enfants âgés d'au moins 12 mois, 1 était au sein, 3 à l'allaitement mixte et 11 à l'allaitement artificiel.

2° Qu'en moyenne, 44 enfants ont été consultés à chaque consultation de samedi dont en moyenne 34 étaient nouveaux pour notre statistique. Pendant les quatre samedis d'un mois ont été consultés en tout 176 enfants dont 125 nouveaux. Sur ces 125 enfants âgés d'au moins un mois, 110 étaient au sein, 5 étaient à l'allaitement mixte et 10 à l'allaitement artificiel. Sur 83 enfants âgés d'au moins deux mois, 68 étaient au sein, 3 à l'allaitement mixte et 12 à l'allaitement artificiel. Sur 42 enfants âgés d'au moins 7 mois, 31 étaient à l'allaitement maternel, 4 à l'allaitement mixte et 7 à l'allaitement artificiel.

Sur 30 enfants âgés d'au moins huit mois, 18 étaient allaités au sein, 6 au mixte et 6 à l'artificiel.

Sur 23 enfants âgés d'au moins 12 mois, 3 ont profité de tout le lait de leurs mères, 9 étaient mis à l'allaitement mixte et 11 étaient sevrés.

3° Qu'en moyenne, 29 enfants ont été consultés à chaque consultation du lundi dont, en moyenne, 24 étaient nouveaux pour notre statistique. Pendant les quatre lundis d'un mois ont été consultés 119, dont 89 nouveaux. Sur ces 89 enfants âgés d'au moins un mois, 78 étaient nourris au sein, exclusif, 5 à l'allaitement mixte, 6 étaient sevrés.

Sur 70 enfants âgés d'au moins deux mois, 55 étaient au sein exclusif, 8 au mixte et 7 sevrés. Sur 36 enfants âgés d'au moins 7 mois, 21 étaient nourris au sein, 9 à l'allaitement mixte, 6 sevrés.

Sur 32 enfants âgés d'au moins 8 mois, 16 étaient nourris au sein exclusif, 11 à l'allaitement mixte, 5 étaient au lait stérilisé.

Sur 14 enfants âgés d'au moins 12 mois, 1 était nourri au sein exclusif, 3 étaient mis à l'allaitement mixte et 10 autres enfants étaient mis d'emblée à l'allaitement artificiel.

Au tableau n° 2 :

a) En totalisant les consultations faites pendant un mois nous rapportons un pourcentage d'où l'on voit que 86 % des enfants âgés d'au moins un mois ont été allaités au sein; 6,2 % de ces mêmes enfants étaient au mixte, et 7,2 % sevrés. Sur 113 enfants âgés d'au moins 7 mois 57 % étaient au sein exclusif, 19 % à l'allaitement mixte, et 24 % de ces enfants étaient mis d'emblée à l'allaitement artificiel, etc., etc.

b) En rapportant l'extrait des tableaux (que nous ne publions pas, mais qui sont à la disposition de ceux qui de demanderont), nous montrons dans cet extrait, publié au tableau n° 2, que sur 201 enfants non revenus à la consultation depuis moins de quatre mois : 85 % des enfants âgés d'au moins un mois étaient au sein exclusif; 4,4 % à l'allaitement mixte et 10,4 % sevrés. Sur 66 en-

fants âgés d'au moins 7 mois, 34,8 % étaient au sein, 22,7 % au mixte et 42,4 % à l'artificiel.

c) En procédant de la même façon nous reproduisons à la fin de ce tableau, le nombre de 240 enfants non revenus à la consultation depuis plus de 4 mois dont 99,6 % étaient à l'allaitement au sein à l'âge d'au moins un mois, 4,6 % à l'allaitement mixte et 2,5 % sevrés, etc.

Et enfin, au troisième tableau, nous faisons un total général de l'état des enfants consultés depuis deux ans à la consultation des nourrissons de la Clinique Tarnier, et nous aboutissons aux conclusions ci-dessous. Suivant l'exemple de M. le Professeur Maygrier (obs. juillet 1904), nous nous sommes préoccupés de savoir combien de femmes ont pu nourrir leurs enfants, exclusivement au sein pendant le premier mois, combien d'enfants âgés d'au moins deux mois ont été nourris exclusivement au sein, combien d'enfants âgés d'au moins 7, 8 et 12 mois ont été nourris au sein maternel exclusif.

TOTAL DES RÉSULTATS DE NOTRE STATISTIQUE

Sur 731 enfants âgés d'au moins un mois, 644 prenaient le sein uniquement, c'est-à-dire dans une proportion de 88 %; 38 étaient à l'allaitement mixte, ce qui fait 5 %; et 49 se trouvaient sevrés. Il est ainsi donc démontré, après M. Budin et M. Maygrier et tant d'autres, que 88 % des femmes sont capables d'allaiter leurs

enfants exclusivement au sein, tout au moins le premier mois.

Sur 555 enfants âgés d'au moins 2 mois, 459 prenaient le sein exclusif, soit une proportion de 82,5 %; 42 étaient à l'allaitement mixte, ce qui fait 7,4 %; et le reste, 56, étaient au lait stérilisé, c'est-à-dire 9,9 %

Sur 244 enfants âgés d'au moins 7 mois, 120 étaient élevés exclusivement au sein, c'est-à-dire 47 %; les autres 51, à l'allaitement mixte, soit une proportion de 22 % et 75 au lait stérilisé = 31 %.

Sur 206 enfants âgés d'au moins 8 mois, 71 enfants sont élevés au sein exclusif, ce qui fait une proportion de 32,5 % — 46 enfants étaient mis au mixte = 21,3 %, et 89 au biberon = 46,5 %.

Sur 137 enfants âgés d'au moins 12 mois, 9 au sein exclusif = 6,5 % — 19 au mixte = 13 % — 109 au biberon = 80 %.

De la sorte il est bien démontré que grâce au repos obligatoire des quatre premières semaines des femmes en couches, institué par la loi de Strauss, 17 juin 1913, aussi court qu'il soit, permet à 88 % des mères bien conseillées d'allaiter leurs enfants et en s'attachant à eux, continuer l'allaitement au sein pendant le deuxième mois dans une proportion de 82,5 %.

Malheureusement, après le septième mois, les mères épuisées par le travail et l'allaitement ne peuvent plus continuer à nourrir et ainsi qu'on le voit ci-dessus, la

proportion des femmes allaitant leurs enfants au sein exclusif, tombe brusquement à moins de la moitié, c'est-à-dire 47 %, pour tomber à 6,5 % à l'âge de 12 mois.

Il est encore heureux que, grâce à la loi du 5 août 1917, à celle d'octobre 1919 qui visent en particulier l'allaitement, et celle du 17 juin 1913 qui vise le repos des femmes en couches et en général les efforts qui ont été faits de tous les côtés, que 82,5 % des mères sont capables d'allaiter exclusivement au sein pendant les deux premiers mois, pendant lesquels l'allaitement artificiel provoque tant de désastres en faisant courir les plus grands dangers aux nourrissons.

La séparation de la mère de son enfant a toujours relevé des problèmes sociaux multiples et complexes.

Il est hors de doute que même une mère désireuse d'allaiter son enfant, sera obligée de renoncer pour reprendre son travail en se trouvant dans la misère.

Il serait à souhaiter que l'aide sociale puisse permettre qu'une nouvelle loi oblige la mère à se reposer plus longtemps, à condition que l'indemnité des couches, pendant cette période, soit continuée à être versée.

« Il faut faire de la mère indigente, disait Lagneau, la nourrice payée de son propre enfant. »

Il est vrai que les œuvres sont nombreuses en France, mais les 9.000 adresses publiées par le *Paris bienfaisant charitable et social*, prouvent manifestement le grand nombre de malheureux ayant besoin de secours.

D'autre part, ces œuvres deviennent inefficaces lorsqu'elles ignorent ceux qui vraiment méritent d'être secourus, et lorsque certains des pauvres, cachent par timidité leur malheur, et lorsque d'autres ne savent pas à qui s'adresser.

M. Marfan conseille une institution qui réunira toutes ces œuvres d'assistance aux nourrices et aux nourrissons, pour que les œuvres soient pleinement efficaces.

Il est encore bien heureux de voir que plus ou moins le service social est assuré dans beaucoup d'hôpitaux d'enfants et de maternités. Des visiteuses sont envoyées dans les maternités de la Clinique Tarnier, de Beaujon, de la Pitié, etc. L'Appui Maternel, œuvre fondée en 1920 (siège social, 71, rue de Grenelle) pour distribuer des layettes aux mères nécessiteuses, pour leur procurer du travail et faire le nécessaire pour éviter la séparation de la mère de l'enfant.

Doizy, dans sa thèse, fait appel aux pouvoirs publics, pour remédier à cet état de choses.

En se demandant « qu'a-t-on fait jusqu'à présent, pour y remédier, en dehors de la Maison Maternelle proprement dite » ? répond que l'on n'a rien fait ou si peu. « Partout, dit-il, on s'est heurté à l'inertie des pouvoirs publics qui jamais n'ont pu encore comprendre que dans l'intérêt de la défense et de la prospérité nationale, il était plus facile, plus profitable et infiniment moins onéreux de faire et de conserver des enfants que de vouer exclusivement milliards sur milliards aux œuvres de

guerre, à la construction d'armements, pour lesquels il n'y aura pas de soldats, à la mise en chantier de navires, pour lesquels il n'y aura pas de marins. »

En 1917, M. le Professeur Pinard demandait d'accorder à la mère qui nourrit son enfant au sein une prime de 5 francs par jour (au maximum pendant un an).

M^{lle} Letellier, inspectrice du Travail, propose d'accorder aux mères qui allaitent leurs enfants, une prime au minimum de 6 francs, en se basant aux deux tiers du salaire.

M^{lle} Labeaume, dans sa thèse, en examinant la question de près, elle aussi estime indispensables des primes aussi élevées. Mais n'oubliant pas que cette mesure augmenterait considérablement les charges de l'Etat, des départements, des communes cherche à trouver une solution praticable.

11.600 enfants, dit-elle, ont touché régulièrement les secours préventifs d'abandon dans le département de la Seine en 1921; plus de 10.000 enfants étaient illégitimes. 1.500 seulement étaient légitimes. La femme mariée indigente n'a droit qu'exceptionnellement aux secours, continue-t-elle, tandis que la mère d'un enfant illégitime le touche après un minimum de démarches. Pour remédier à ces injustices apparentes elle propose de rendre le père responsable de l'entretien de son enfant, suivant l'exemple des Suédois, des Norvégiens et des Pays Germaniques. D'ailleurs la plupart des Etats du Nord de l'Amérique tend à l'admettre.

Ainsi, ajoute-t-elle, les secours aux enfants illégitimes fournis par le père pourraient être plus importants et plus efficaces et l'Etat, déchargé des soins de la majorité des enfants illégitimes pourrait augmenter le taux des secours des mères miséreuses et leur permettre ainsi de garder leurs enfants auprès d'elles

En finissant, conclut-elle, une partie des sommes utilisées actuellement par le service des enfants assistés (enfants secourus et enfants abandonnés) pourrait servir à développer des œuvres, dont tous les enfants bénéficieraient (centres de surveillance des nourrissons et d'instruction des mères).

En résumé nous finirons en disant que les résultats de la consultation des nourrissons sont éclatants, mais que les résultats qui ont été donnés les dix premières années continuent à être toujours les mêmes.

L'étendue des secours aux mères nécessiteuses s'impose pour conserver le droit de l'enfant à la mère (Pinard) et arriver ainsi à accomplir la diminution complète de la mortalité infantile.

Des mesures immédiates sont indispensables n'importe dans quel sens.

« Achetons pour notre défense militaire, industrielle et agricole, des enfants, comme nous achetons des fusils et des cuirassés. L'enfant de l'Ouvrier et du Paysan doit être à la charge de la Nation. »

A notre avis, dans l'intérêt de défense et de prospérité nationales, une loi pareille devrait être votée sans

discussions. Quant à la diminution des charges de l'Etat, des départements, des communes, qui pourrait s'imposer, il faudrait agir de paire dans les deux sens : 1° diminuer progressivement les milliards voués aux œuvres de guerre et 2° rendre le père responsable de l'entretien de son enfant illégitime.

L'ŒUVRE SOCIALE A LA CLINIQUE TARNIER

L'APPUI MATERNEL ⁽¹⁾

(GROUPE TARNIER)

Le nom d'Appui Maternel a été donné en 1920 pour la première fois à l'œuvre fondée dans le service de M. le Professeur Brindeau, sous l'initiative de MM^{mes} Jane Parent et Cornely, dans le but de distribuer des objets de layette et quelques secours. Suivant cet exemple, d'autres groupes tout à fait indépendants les uns des autres se sont constitués successivement à Beaujon, à Tarnier, puis à Lariboisière, et un autre est en voie d'organisation. C'est en 1923 que M^{me} Brindeau créa le Groupe Tarnier de l'Appui Maternel.

M^{me} Brindeau, qui en est la compatissante présidente, comme à juste raison l'écrit M^{lle} Labeaume, assure avec la collaboration des autres membres, le service social avec une patience énorme et un succès assez remarquable.

(1) Dr M^{lle} Labeaume, ancienne Interne des Hôpitaux de Paris.
Revue de l'Enfance, mars 1925, n° 3.

Le grand nombre (2.792) des enfants nés en 1923, tant à la Clinique Tarnier que chez les sages-femmes agrégées, montre combien la tâche des visiteuses est grande.

Pendant le court séjour de 12 à 15 jours dans les maternités, les visiteuses, suivant une méthode et une patience inouïe, viennent en contact avec les mères et trouvent l'aide qui convient à chaque cas particulier.

Au moins une fois par semaine les dortoirs de femmes enceintes et d'accouchées sont visités par une des membres de cette œuvre. A chacune des trois consultations de nourrissons par semaine (lundi, jeudi, samedi), l'assistance des visiteuses ne manque pas.

Les visiteuses sont chargées de rester en contact avec la mère. En la confessant ainsi elles apprennent pourquoi on redoutait la naissance d'un enfant.

Selon les révélations de chacune, elles promettent et donnent, soit des layettes, soit des secours en argent.

Elles leur montrent en outre quels avantages pour l'enfant il y a lieu de tirer par l'allaitement maternel.

Le Groupe Tarnier de l'Appui Maternel, pendant la deuxième année de son exercice, du 31 octobre 1923 au 1^{er} novembre 1924, a secouru 1.196, a donné plus de 7.000 layettes indépendamment des 250 paquets donnés à l'occasion des fêtes de Noël.

L'Appui Maternel a fait placer des enfants pendant l'absence de la mère dans des œuvres ou des colonies de

vacances. Aux mères nécessiteuses hospitalisées à la Clinique Tarnier, est distribuée de la laine.

Beaucoup de mères ont trouvé du travail par l'intermédiaire de l'Appui Maternel.

Le Groupe de l'Appui Maternel de Tarnier, par son intervention, a réussi à faire placer, avec leurs enfants, 43 femmes abandonnées, a adressé beaucoup d'autres à des maisons maternelles, a confié à des pouponnières ou à des nourrices surveillées par l'œuvre, beaucoup de nourrissons.

Grâce à son intervention enfin, plusieurs des enfants délaissés et abandonnés ont été adoptés. Il est à souhaiter que, dans toutes les villes qui possèdent une maternité ou un service d'accouchement, des organisations similaires à l'Appui Maternel soient créées et développées avec le maximum de ressources et le maximum de compétence. Et enfin qu'on intéresse à cette œuvre les familles riches, qui, outre les dons en nature, permettront à cette œuvre de grandir et prospérer, grâce à des dons en espèces.

CONCLUSIONS

1° Nous acceptons avec les autres que la mortalité infantile qui a été très élevée avant la création des consultations, a été considérablement baissée depuis.

2° Mais nous manifestons, d'autre part, que les résultats qu'elles nous avaient donnés les (10) dix premières années continuent à être toujours les mêmes.

3° Des mesures immédiates sont donc indispensables et nous répétons avec Lagneau « qu'il faut faire de la mère indigente, la nourrice payée de son propre enfant ».

4° Quant à la diminution des charges de l'Etat à faire, qui s'imposerait, il faudrait agir de paire dans les deux sens : 1° diminuer progressivement les milliards voués aux œuvres de guerre et 2° rendre le père responsable de l'entretien de son enfant illégitime.

VU : *Le Président,*

BRINDEAU.

VU : *Le Doyen,*

ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDRE. — Consultation des nourrissons et goutte de lait d'Arques. — *Thèse*, Paris, 1907-1908.

AUSSET. — Le bilan des consultations de nourrissons et des gouttes de lait.

AUSSET. — Rapport au 2^e Congr. inter. prot. inf., Bruxelles, 1921.

BERTILLON (Jacques). — Statistique de natalité. — *Le Journal*, 6 novembre 1909.

BOISSARD ET DEVÉ. — La consultation des nourrissons à Tenon. — *Obstétrique*, juillet, 1904.

BORREMANS ET POUTHIERRE. — Les consultations de nourrissons. — (4^e Congr. Prot. mater. et inf., Paris 1922.)

BRESSET. — Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel. — (*An. gyn.*, 1902, p. 413.)

BRESSON. — De l'utilité des consultations prénatales. — *Thèse*, Nancy, 1922-1923.

BROUSSIN. — Allaitement. — *Fonctionnement d'une goutte de lait à Versailles*.

BRUCH. — *L'élevage de l'enfant*, 1908.

BUÉ. — Comment installer une consultation de nourrissons à la ville et à la campagne. — *Presse Médicale*, 23 août 1905.

BUDIN. — Des consultations de nourrissons; leurs résultats. — *Obstétrique*, juillet 1906.

BUDIN. — Les consultations de nourrissons. — (*Bul. Ac. méd.*, 1899, t. II, pp. 194 et 1906; t. I, p. 652.)

BUDIN. — L'allaitement. — (*Rev. Scient.*, 15 juin 1901.)

CONCETTI. — Les œuvres philanthropiques en Italie pour l'allaitement. — (*Congr. G. de L.*, Paris, 1905.)

DEMELIN-RAYNAUD. — *Thèse*, Paris, 1924. — *Fonctionnement de la Maternité Baudelocque*, 1923.

DEVRAIGUE. — Consultations de nourrissons, leurs résultats. — *Le médecin praticien*, 5 juillet 1906; *thèse*, Paris, 1905-1906, n° 290.

FLOUR. — Les consultations des nourrissons et l'allaitement maternel.

GAVIGLIO. — *Revue d'Hygiène et de Médecine infantile*, 1909.

GEANT (Roger). — *Thèse*, Paris, 1924. — *Fonctionnement de la Maternité Baudelocque*.

GRUTZEN-FRANCK (M^{me}). — Les consultations de nourrissons et le rôle de l'infirmière visiteuse.

HOSTEING. — Les consultations de nourrissons. — *Thèse*, Paris, 1909-1910.

IVKOVITCH. — Etude de la poudre de lait dans l'alimentation des nourrissons en particulier. — *Thèse*, Nancy, 1923.

JARRICOT. — Rôle social et pratique du fonctionnement des consultations des nourrissons. — *Thèse*, Paris, 1909.

JARRICOT. — Protection et assistance des enfants du premier âge en France. — (*Rev, phil.*, t. XXVI, p. 25.)

LABEAUME (M^{lle}). — L'hygiène sociale de l'enfant. — *Thèse*, Paris, 1924.

LABEAUME (M^{lle}), ancienne interne des hôpitaux de Paris. — *La Revue de l'enfance*, mars 1925, n° 3.

LEDÉ. — Modes d'élevage et mortalité, 1913, 1919, 1920.

MARFAN (N.). — Remarques sur la protection des nourrissons. — (*Nourris.*, mars 1923.)

MARFAN. — L'allaitement.

MARFAN. — Le tube digestif.

MAYGRIER. — Six années de pratique d'une consultation hospitalière des nourrissons. — *Obst.*, juillet 1904.

MAYGRIER. — La consultation des nourrissons à la Charité. — *Annales de la Société obstétricale en France et l'Obstétrique*, 15 mai 1901.

MOCQUOT. — Influence des consultations de nourrissons sur les affections et la mortalité de la première enfance. — *Obstétrique*, juillet 1905.

MOCQUOT. — La protection de l'enfance et les consultations de nourrissons obligatoires. — (*Rev. phil.*, 1916, p. 129.)

RENOUS (Charles). — Etudes sur l'emploi du babeurre dans l'alimentation des nouveau-nés débiles, 1923 — *Thèse*, Lyon. Etude du fonctionnement et des résultats de la Natalité Lyonnaise. Œuvre de puériculture.

RODET (Colette). — L'épreuve alimentaire et sa valeur clinique dans l'atrophie du nourrisson.

ROTSCHILD (Henri). — Allaitement artificiel et mixte. — (*Bul. Ac. Méd.*, Paris, 1898, p. 206.)

ROTSCHILD (Henri). — Bibliographie générale des travaux parus sur l'allaitement.

SCHREIBER (Georges). — La réduction de la mortalité infantile par la création de « visiteuses de nourrissons avec modification de la loi ». — *Ligue contre la mortalité infantile*.